………………………………………………….

 Miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE**

Na podstawie art. 28 ust. 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz.U. z 2018r., poz. 123 ze zm.), po przeprowadzeniu badania lekarskiego, stwierdzam, że Pan (i)

…………………………………………………………………………………………………...

imię i nazwisko

posiadający (a) tytuł zawodowy pielęgniarka\*/ pielęgniarka dyplomowana\*/ licencjat pielęgniarstwa\*/magister pielęgniarstwa\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 *nr PESEL*

zamieszkały(a)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu pielęgniarki/pielęgniarza\*

……………………………….. …………………………..

miejscowość, data podpis i pieczątka lekarza

\* niepotrzebne skreślić